

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉSECTION PARTIELLE
DANS LES
OVARITES SCLÉROKYSTIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 26 juillet 1939

PAR

Jean-Louis LAVILLE

Né à Bergerac (Dordogne), le 12 mars 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMIN, professeur	Président.
		FABRE, professeur	Juges
		DUFOUR, agrégé	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RÉSECTION PARTIELLE
DANS LES
OVARITES SCLÉROKYSTIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 26 juillet 1939

PAR

Jean-Louis LAVILLE

Né à Bergerac (Dordogne), le 12 mars 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMIN, professeur	<i>Président.</i>
		FABRE, professeur	<i>Juges</i>
		DUFOUR, agrégé	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE
18, Rue du Peugue

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale (MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale in- fantile et orthopédie ... ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants CRUCHET.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Chimie biologique et mé- dicale MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeuti- que générales..... CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements. Anatomie pathologique et microscopie clinique ... ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clini- que des maladies exoti- ques BONNIN.
Anatomie DAMADE.	Clinique des maladies cu- tanées et syphilitiques . PETGES.
Anatomie générale et his- tologie..... VILLEMEN.	Clin. des mal. des voies urinaires DUVERGEY.
Hygiène..... G. DUBREUIL.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales..... ABADIE.
Médecine légale et déon- tologie..... LEURET.	Clinique d'oto-rhino-la- ryngologie PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale .. LANDE.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Chimie RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologique..... CREYX.
Botanique et matière mé- dicale..... CHELLE.	Clinique odonto-stomato- logique DUBECQ.
Pharmacie..... GOLSE.	
Zoologie et parasitologie.. VITTE.	
Médecine expérimentale.. MANDOUL.	
Clinique ophtalmologique. AUBERTIN.	
Physiologie TEULIERES.	
	FABRE.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie DUFOUR.	Chirurgie générale..... { CHARRIER. LOUBAT.
Physiologie N.	{ MASSE. DARGET. N.
	Obstétrique..... RIVIERE.
	Ophtalmologie BEAUVIEUX
Médecine générale..... { PIECHIAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. N.	Oto-Rhino-Laryngologie.. DESPONS.
	Dermatologie et syphili- graphie JOULIA.
	Physique médicale..... N.
	Chimie générale pharma- ceutique et toxicologie.. N.



COURS COMPLÉMENTAIRES:

MM.	MM.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique AURIAC.
Accouchements RIVIERE.	Anatomie J.BEAUVIEUX
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale CASTAGNOU.
Puériculture..... FAUGERE.	Botanique GIRARD.
Zoologie et parasitologie.. R. SIGALAS	Pharmacie galénique MESNARD.
Médecine légale DERVILLEE.	Bactériologie..... MOUREAU.
Urologie DARGET.	Physiologie PETITEAU.
Législat. pharmaceutique. POPLAWSKI.	
Ophtalmologie CABANNES (en congé).	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
MORT POUR LA FRANCE (SEPTEMBRE 1914)

A MA MERE

*A qui je dois tout.
Faible témoignage de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A MON GRAND-PERE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

*En reconnaissance de tous
leurs bienfaits.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MES CAMARADES DE PROMOTION

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRAISSAC

MÉDECIN DES HÔPITAUX

*Avec toute notre reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE
DIRECTEUR DE L'INSTITUT D'ÉDUCATION PHYSIQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DUFOUR

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*Cher Maître,
Veuillez trouver ici le gage de
notre inaltérable reconnaissance
et de notre attachement respec-
tueux.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

OFFICIER DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE AVEC GLAIVES ET ROSETTE

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

INTRODUCTION

Au cours des laparotomies pratiquées par les différents chirurgiens chez des jeunes femmes dysménorrhéïques, nous avons été frappé du grand nombre d'ovarites sclérokystiques découvertes.

Nous nous sommes efforcés de rechercher si, parmi les méthodes de traitement chirurgical employées pour cette affection, il n'y avait pas un moyen qui, tout en diminuant les crises douloureuses, conservait le plus possible les fonctions de reproduction.

Tel est le problème qui se pose ; il est excessivement vaste.

Nous n'avons pas la prétention de le résoudre, car il est encore l'objet de travaux quotidiens.

Nous passerons en revue les divers procédés employés aujourd'hui et nous essaierons d'en dégager les résultats obtenus en un tableau d'ensemble qui se trouve à la fin de cette étude.

Nous nous trouverons en présence de plusieurs traitements chirurgicaux : castrations unilatérales ; igniponctures, greffes ovariennes, résections partielles, résections des nerfs présacrés, sympathectomies de la gaine hypogastrique.

Toutes ces méthodes ont eu leurs succès et leurs échecs.

Malgré de beaux succès publiés, nous n'avons pu, faute d'observations précises, apprécier la sympathectomie et la résection des nerfs présacrés. Parmi les autres opérations, la résection partielle nous a paru donner les meilleurs résultats. C'est cette méthode que nous nous efforcerons d'étudier dans ses indications, sa technique et ses résultats.

HISTORIQUE

L'ovarite sclérokystique fut découverte par Lisfranc vers le milieu du siècle dernier. Ce fut Cherreau qui, dans un mémoire paru en 1844, la décrivit le premier.

Gallard, en 1873, dans sa *Clinique sur les maladies des femmes*, montra qu'il existait une différence entre l'ovarite infectieuse et l'ovarite primitive.

Le Professeur F. Villemin, dans sa thèse inaugurale en 1908, fit une étude approfondie de l'anatomie et de la physiopathologie du corps jaune.

Quenu fit, dans sa thèse, un magistral exposé de l'ovarite à petits kystes.

Les chirurgiens étrangers signalèrent ensuite la fréquence de l'ovarite sclérokystique.

Depuis cette affection a été décrite maintes fois.

A l'heure actuelle, les symptômes et l'anatomie pathologique en sont parfaitement connus et la différenciation entre l'ovarite infectieuse et l'ovarite primitive est nettement établie.

La thérapeutique de cette affection est purement médicale dans ses débuts.

Sous l'influence du repos et de stations thermales, on a pu constater certaines améliorations chez quelques malades. Malheureusement, elles ne guérissent pas toutes ; la majorité des ovarites restaient douloureuses. En outre, la classe pauvre était lésée par suite des dépenses qu'occasionnaient ces soins.

Les progrès de la chirurgie firent faire un grand pas pour le traitement de cette affection.

En 1887, Péan fit la première hystérectomie vaginale.

En 1892, Polk fit, avec les progrès de l'asepsie, la première hystérectomie par voie abdominale.

Depuis, Terrier, Doleris, Doyen, précisèrent la technique de l'hystérectomie abdominale.

Pour réagir contre les abus du traitement radical, de nombreux chirurgiens préconisèrent l'opération conservatrice.

Les Allemands, d'abord, Schröder et Martin opérèrent des malades qui devinrent enceintes par la suite.

Polk, Dudley, Kelly, en Amérique, les suivirent.

En 1892, Doléris, en France, préconise lui aussi une chirurgie conservatrice.

L'étude de la physiologie de l'appareil génital de la femme montre l'importance de la fonction ovarienne.

La connaissance de la sécrétion interne permet d'expliquer les troubles succédant à la castration d'une femme jeune.

Ces considérations ont fait que Pozzi, Delbet, Tuffier et Legueu furent de chauds partisans des Allemands et de Doléris.

Lecène et Moulonguet en 1932, puis Cotte et M^{me} Pallot en 1934, étudièrent de près la question.

Deux procédés sont employés en chirurgie conservatrice de l'ovaire : l'igniponcture et la résection partielle.

Ce fut Pozzi qui vulgarisa l'igniponcture en France. Cette opération consiste à détruire au thermocautère tous les petits kystes que l'on aperçoit à la surface de l'ovaire. Mais cette intervention n'explore que l'extérieur de l'ovaire et M. G. Rouville fait une ouverture exploratrice qui permet de détruire les kystes en profondeur.

D'un autre côté, la partie détruite au thermocautère peut devenir une zone d'adhérences.

Aussi, Pozzi lui-même abandonna cette méthode qui donnait de nombreux mécomptes.

La résection partielle que Schröder pratiqua le premier en Allemagne fut vulgarisée par Martin, Pozzi et Walther.

Cette méthode eut aussi ses détracteurs ; c'était d'après eux une autre cause d'adhérences.

En 1908, Jaboulay, Jonnesco ; Leriche après la guerre pratiquèrent la sympathectomie périhypogastrique avec résection des nerfs présacrés.

D'autres, comme Cotte, Violet, Larget, s'adressant à la cause vasculaire, préconisèrent la résection partielle complétée par la greffe épiploïque libre.

Dans nos observations, nous ne nous arrêterons pas sur l'igniponcture, car les malades après une première intervention présentaient des récides de kystes ; cette opération, si elle n'était pas nuisible, devenait inutile.

Quant à la résection partielle sans greffe, si bien faites qu'étaient les sutures, elles laissaient bien souvent des surfaces cruentées, point de départ fatal de futures adhérences si douloureuses.

Nous nous sommes donc arrêté à la résection partielle avec greffe épiploïque libre, moyen bien simple d'empêcher ces adhérences.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a voulu faire une différence très nette entre l'ovarite primitive et l'ovarite infectieuse.

Si le processus de dégénérescence est différent, il est souvent difficile au cours de l'intervention de les distinguer l'un de l'autre.

Lorsqu'un ovaire est atteint de dégénérescence primitive, les follicules de de Graaf, au lieu d'arriver à maturité, forment des kystes encapsulés dans une gangue fibreuse ; ces kystes ne se développent pas suivant le rythme normal de l'ovulation.

Dans les affections de l'appareil génital féminin, la circulation de l'ovaire est troublée souvent au même titre que dans la dégénérescence primitive ; là aussi les follicules de de Graaf donnent des kystes en désordre : le trouble de l'ovulation paraît le même.

De plus, les altérations de l'ovarite sclérokystique peuvent se compliquer d'infection, c'est ce qui explique que ces deux formes sont souvent confondues.

Quoi qu'il en soit, l'ovarite est plus souvent bilatérale avec, peut-être, une prédominance à gauche.

L'ovaire est augmenté de volume, d'une façon inégale ; il peut atteindre le volume d'une grosse noix. Il est tantôt arrondi, allongé ou incurvé en arc de cercle, la surface est parsemée de petits kystes dont le volume est d'autant moins gros qu'ils sont plus nombreux. Ces kystes donnent à l'ovaire un aspect framboisé, leur enveloppe d'un blanc bleuâtre se déchire au moindre contact et laisse échapper un liquide très clair.

Souvent, on rencontre des kystes hématiques beaucoup plus volumineux ; ils sont enfoncés dans l'ovaire entourés par de la substance jaune qui les masque en partie. Tous ces kystes sont séparés par le tissu cortical de l'ovaire épaissi, durci et d'aspect blanc nacré. La vascularisation de ces ovaires plus ou moins dégénérés est toujours défectueuse.

Lorsqu'on sectionne un de ces ovaires, on est surpris par la dureté de la substance qui sépare les kystes ; le parenchyme glandulaire est farci de kystes, mais la portion hilare de l'ovaire en est souvent dépourvue.

L'ovarite infectieuse présente souvent un aspect analogue, mais elle s'accompagne le plus souvent de lésions des organes voisins, les trompes sont le lieu d'inflammations, il y a même des petits kystes à leur surface.

L'ovarite coexiste souvent avec une déviation de l'utérus, la plupart du temps, il s'agit d'une rétroversion que de nombreux auteurs ont rendu responsable de l'ovarite sclérokytique.

ETIOLOGIE

La pathogénie de l'ovarite sclérokystique est assez obscure. On a invoqué tour à tour des causes locales et des causes générales.

En 1888, Palmer Dudley invoque l'importance du varicocèle pelvien.

En 1889, Lucas Championnière rattache l'ovarite aux traumatismes et aux perturbations menstruelles.

En 1909, Robert Dupont, dans sa thèse, fait remarquer la fréquence de la rétroversion utérine chez les femmes atteintes d'ovarites.

Dans un chapitre précédent, nous avons vu que l'ovarite sclérokystique avait comme caractère principal un trouble de l'ovulation : un mauvais état général, l'anémie peuvent interrompre cette ovulation, donc on peut invoquer des causes générales à côté des causes locales dont le rôle est indiscutable.

Dans sa thèse, en 1922, Guinier fait remarquer la fréquence de l'ovarite dans les villes ; Guinier en accuse les carences alimentaires et la sédentarité des classes ouvrières.

D'autres auteurs ont parlé du rôle de la syphilis, mais les preuves ne sont pas assez nombreuses pour en tenir compte.

Quelle que soit la cause déterminante de l'affection, deux processus ont été discutés dans la formation de l'ovarite tant primitive qu'infectieuse : les troubles de l'innervation, les troubles de la vascularisation.

La première théorie est due à Roux (de Montpellier) qui découvre dans le pédicule de l'ovaire des formations nerveu-

ses, véritables névromes à proximité du parenchyme ovarien.

La seconde théorie s'appuie sur la pâleur des ovaires malades, la dilatation des veines à la surface ou à l'intérieur du parenchyme, la sclérose des artérioles du pédicule ovarien.

Il est probable que ces deux processus se combinent ; l'origine nerveuse paraissant dominer dans la forme scléreuse atrophique contenant peu de kystes, l'origine vasculaire paraissant indiscutable dans les grosses ovarites farcies de kystes hématiques.

Ce sont d'ailleurs ces lésions locales qui expliquent l'échec du traitement médical et légitiment le traitement chirurgical.

Moulonguet, en 1932, prétend que les kystes sont riches en folliculine ou très pauvres, ainsi que pour ce qui concerne la lutéine ; les ovarites seraient donc sous la dépendance de l'hyper ou l'hypofolliculinémie, donc des variations hormonales, d'un déséquilibre vago-sympathique.

En 1934, Cotte et M^{lle} Pallot disent, en parlant de l'ovarite sclérokystique : « Elle traduit un trouble du fonctionnement de l'ovaire à l'origine duquel les infections atténuées jouent certainement un rôle important, mais ce trouble est le plus souvent passager. »

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des signes de l'ovarite sclérokystique ; nous ne ferons que brosser un schéma des grandes lignes de l'affection.

Nous rappellerons les principaux symptômes, ceux qui éveillent l'attention du chirurgien et rendent par leur intensité l'ovarite sclérokystique une affection chirurgicale.

Le premier symptôme, c'est la douleur. Elle apparaît parfois très tôt, dans les mois qui précèdent la puberté. Les fillettes éprouvent, à date fixe, des douleurs dans les reins, puis les premières menstruations se produisent entre douze et quatorze ans, l'ovarite ne paraissant pas retarder l'apparition des règles.

Le syndrome dysménorrhéique s'établit peu à peu, les douleurs augmentant à chaque mentruation jusqu'à devenir intolérables.

Les crises douloureuses évoluent d'une façon progressive, douleurs au point ovarien s'irradiant à tout le ventre et vers le membre inférieur. Ces douleurs sont lancinantes, térébrantes, donnant la sensation de brûlures pelviennes avec élanement vers l'anus et la vessie.

Ces crises douloureuses peuvent se répéter plusieurs fois dans les journées qui précèdent le flux menstruel, jusqu'à les obliger à s'aliter. La région ovarienne reste douloureuse, le moindre effort, la moindre fatigue suffisant à réveiller la douleur. Très accentuées entre 14 et 20 ans, les douleurs peuvent diminuer ensuite sous l'influence d'une hygiène appropriée ou

du mariage. Souvent elles persistent, faisant des femmes qui en sont atteintes de véritables infirmes.

L'écoulement sanguin est, en général, peu abondant, de durée allant de quatre à six jours. Dans les formes à gros kystes, les règles sont très abondantes. Des métrorragies anémiantes les prolongent souvent. Elles surviennent tous les mois ou tous les deux mois sans s'interrompre parfois d'une règle à l'autre.

L'examen de ces malades fait découvrir une pigmentation plus marquée des téguments ; Dalché et Fouquet, dans *La gynécologie*, font remarquer que cette pigmentation est plus marquée pendant la période menstruelle ; ils se demandent si cette pigmentation n'est pas une cause d'insuffisance ovarienne au même titre que l'insuffisance surrénale de la maladie bronzée d'Addison.

En dehors des crises, le ventre reste souple, pas de douleurs spontanées, mais la palpation réveille un point douloureux à l'intersection de la ligne ilio-pubienne et d'une ligne allant de l'ombilic à l'éminence ilio-pectinée. Le toucher révèle une sensibilité marquée des culs-de-sacs latéraux. L'utérus est souvent petit et rétroversé. Le toucher rectal permet de toucher l'ovaire qui est dur, bosselé, douloureux.

Avant les règles, le ventre est ballonné, douloureux. Les désordres de l'appareil génital se répercutent sur l'état général, la situation tend souvent à s'aggraver par suite de la névrose surajoutée.

La stérilité est fréquente ; cette complication n'est pas constante, car quelques malades ont pu, par la suite, avoir un ou deux enfants.

Le diagnostic de cette affection est généralement facile :

Les signes physiques, les dysménorrhées, les métrorragies ont des caractères bien définis.

Cependant, il est une affection qui peut prêter à confusion, la grossesse extra-utérine non rompue, en voie de rupture, au premier mois.

Les tendances syncopales ont lieu dans les deux affections. Les métrorragies accompagnent l'une et l'autre.

Le retard des règles qui précède toujours les crises douloureuses de la grossesse ectopique et surtout par l'examen physique qui révélera une masse douloureuse perceptible au toucher dans le cul-de-sac de Douglas de ces derniers malades.

Le diagnostic se fera par les antécédents des malades.

En dehors de cela, on doit toujours se mettre en garde contre les affirmations de névropathes ou contre les insinuations mensongères de certaines femmes qu'une opération chirurgicale libérerait à jamais d'une maternité indésirable.

TRAITEMENT

Nous ne reviendrons pas ici sur les différentes méthodes qui ont été exposées dans l'historique de cette étude. Nous ne parlerons que des résections partielles. Nous étudierons d'abord les résections partielles avec greffe épiploïque.

Après une laparotomie médiane, nous plaçons une valve de Doyen et nous protégeons l'abdomen avec des compresses. Nous examinons les lésions.

Une main exploratrice va chercher un ovaire que l'on énucléera de l'abdomen avec détachement ou décollement au doigt des adhérences, s'il y en a. On va chercher l'autre ovaire pour comparer les lésions.

Nous plaçons un clan souple courbe sur le pédicule ovarien pour comprimer les vaisseaux et maintenir en même temps l'ovaire.

Au bistouri, nous dessinons circulairement la limite entre les parties saines et les parties malades. Puis, nous disséquons les parties malades en râclant l'ovaire sans trancher, ce qui permet d'enlever les kystes sans les ouvrir et sans laisser d'enveloppe.

Nous attirons une partie du bord libre de l'épiploon sur la brèche ovarienne en dépassant les bords, nous sectionnons cette portion d'épiploon après ligature.

Nous faisons la suture au catgut à l'aide d'aiguilles enfilées, droites, qui n'accrochent pas. L'aide incline le clan de droite et de gauche de façon à présenter les tranches l'une contre l'autre ; ainsi l'épiploon est enfoui entre les deux

lèvres de la plaie ovarienne. On termine la suture, nous examinons si rien ne saigne.

Nous enlevons les compresses abdominales, la valve, et nous suturons la paroi en trois plans.

La technique de la résection sans greffe diffère par la suture de la plaie ovarienne.

Il est souvent nécessaire de compléter ces opérations par l'ablation de l'appendice et l'hystéropexie, dans ce cas nous fixons l'utérus rétroversé avant la résection des ovaires.

SUITES OPERATOIRES

Elles sont, en général, très simples. On n'observe que très rarement des décès après des ovarites opérées. La température dépasse rarement 38° le lendemain de l'opération. Le pouls reste calme. Les règles apparaissent parfois le deuxième jour après l'intervention. Elles sont peu douloureuses et ne se prolongent que deux ou trois jours. Nous autorisons le lever des malades au quinzième jour.

De très rares fois, les malades sont choquées et présentent un tableau clinique inquiétant : pouls rapide, mal frappé, sueurs abondantes, extrémités froides. La chaleur et des injections d'insuline suffisent à rétablir les choses.

Depuis que nous avons combiné la greffe épiploïque avec la résection partielle, les suites opératoires n'ont jamais été inquiétantes.

RESULTATS

Nous avons pu réunir ici un bon nombre d'observations provenant des statistiques du D^r Larget, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. Nous avons en tout 44 cas traités et opérés par ce chirurgien ; nous ne rapporterons que 33 cas, que nous diviserons en deux chapitres ; un premier chapitre traitant des résections partielles de l'ovaire sans greffe épiploïque avec 16 observations et un second chapitre traitant des résections partielles avec greffe épiploïque.

Dans un tableau final de ce chapitre, nous comparerons ces résultats.

RÉSECTIONS PARTIELLES SANS GREFFE ÉPIPLOÏQUE.

OBSERVATION I

M^{me} P..., âgée de 25 ans, réglée à 14 ans ; une fille âgée de deux ans ; n'a jamais eu de fausses couches. Règles régulières durant quatre jours. Vient consulter parce que ses règles sont très douloureuses, surtout depuis son accouchement. L'opération a lieu le 13 septembre 1931. On trouve un ovaire droit très kystique, un ovaire gauche paraissant sain, une rétroversion utérine. On fait une hystéropexie à la Dartigue et une résection partielle de l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1937, M^{me} P... a eu un garçon en 1933. Depuis l'opération les règles sont régulières. Elles durent cinq jours environ.

Résultat : bon.

OBSERVATION II

M^{me} P..., âgée de 22 ans, réglée à 12 ans, une fausse-couche de deux mois. Règles durant cinq jours. Elles sont douloureuses depuis la puberté.

L'opération a lieu le 20 octobre 1931. On trouve un ovaire droit kystique que l'on résèque, un ovaire gauche paraissant sain, que l'on laisse en place.

Revue le 26 janvier 1937, M^{me} P... n'a eu ni enfant, ni fausse-couche depuis l'opération, mais les règles sont beaucoup moins douloureuses, moins abondantes cependant.

Résultat : bon.

OBSERVATION III

M^{me} G..., âgée de 23 ans, réglée à 14 ans, un enfant, pas de fausse-couche. Les règles ont toujours été très douloureuses, mais davantage après son accouchement, en 1925. Depuis cette époque, règles très irrégulières s'accompagnant de douleurs obligeant la malade à s'aliter.

L'opération a lieu le 3 février 1932. Les deux ovaires sont kystiques. On les résèque tous les deux en laissant très peu de tissu ovarien.

Revue le 15 novembre 1936, les douleurs ont repris six mois environ après l'opération ; moins fortes au début, elles ont augmenté peu à peu jusqu'à devenir intolérables.

Nous conseillons une nouvelle opération.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION IV

M^{me} M..., âgée de 30 ans, réglée à 16 ans ; trois enfants, pas de fausse-couche. Règles très irrégulières durant de dix à

quinze jours. Métrorragies en dehors des règles, celles-ci sont toujours très douloureuses.

L'opération a lieu le 10 juin 1934. On trouve deux ovaires kystiques. Résection partielle de ces deux ovaires. Suture des tranches aux points séparés.

Revue le 26 janvier 1937, M^{me} M... a des règles plus régulières. Les métrorragies ont disparu. L'écoulement menstruel ne dure plus que deux jours. Les règles sont redevenues légèrement douloureuses six mois environ après l'opération.

Résultat : bon.

OBSERVATION V

M^{me} L..., âgée de 23 ans, réglée à 15 ans, une fille âgée de 2 ans. Règles régulières de six à neuf jours, très abondantes depuis la puberté. Pertes blanches en dehors des règles.

L'opération a eu lieu le 12 juin 1934. On trouve deux ovaires kystiques. L'ovaire droit contient de gros kystes hématiques, on fait une castration unilatérale droite et une résection partielle de l'ovaire gauche.

Revue le 26 janvier 1937, les règles sont redevenues douloureuses deux mois après l'opération, elles sont plus abondantes, durent de dix à douze jours, mais il existe des périodes de trois ou quatre mois sans règles après quelques mois réglés.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION VI

M^{me} D..., âgée de 28 ans, réglée à 13 ans 1/2, un enfant en 1927. Les règles durent quatre ou cinq jours, sont très douloureuses, surtout depuis l'accouchement. L'écoulement est peu abondant.

L'opération a lieu le 21 août 1934. On trouve un kyste de l'ovaire droit et un ovaire gauche sclérokystique. Ablation des annexes droits, igniponction de l'ovaire gauche malade.

Revue le 26 janvier 1937, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, plus douloureuses même qu'elles ne l'étaient avant, elles sont irrégulières. Pas d'enfant, ni de fausse-couche depuis l'opération.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION VII

M^{me} L..., âgée de 24 ans, réglée à 13 ans, un enfant ; règles irrégulières, durant une huitaine de jours, très douloureuses depuis la puberté.

L'opération a lieu ; on trouve des ovaires et des trompes kystiques, surtout à gauche ; on fait une annexectomie gauche et des igniponctures dans l'ovaire droit.

Revue trois ans plus tard, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération. La malade a souffert pendant un an, puis les douleurs sont beaucoup moins fortes. Les règles durent trois jours et sont régulières. Pas d'enfant, ni de fausse couche depuis l'opération.

Résultat : passable.

OBSERVATION VIII

M^{me} B..., âgée de 27 ans, réglée à 13 ans, un enfant ; règles irrégulières durant tantôt deux jours tantôt cinq, douloureuses depuis l'accouchement, pertes blanches continuelles en dehors des règles. Migraines et étourdissements fréquents.

L'opération a lieu, on trouve un gros kyste de l'ovaire gauche, et un ovaire droit kystique. On fait une annexectomie gauche et une résection partielle de l'ovaire droit.

Revue le 26 janvier 1937, les règles ne sont plus douloureuses, durent trois jours, surviennent régulièrement. Pas d'enfant ni de fausse couche depuis l'opération.

Résultat : bon.

OBSERVATION IX

M^{me} M..., âgée de 35 ans, réglée à 13 ans, règles régulières durant dix jours, douloureuses. Pas d'enfant ni de fausse couche.

L'opération a lieu, on trouve l'ovaire gauche très kystique avec une trompe malade. Ovaire droit un peu moins kystique. Castration unilatérale gauche, igniponcture dans l'ovaire droit.

Revue deux ans plus tard, la malade nous apprend que ses règles sont redevenues douloureuses aussitôt après son opération, que les douleurs étaient plus fortes qu'avant et qu'elle a dû subir une hystérectomie subtotale à l'hôpital de Saint-Germain.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION X

M^{me} L..., âgée de 24 ans, réglée à 15 ans, un enfant. Règles à dates fixes, durant trois jours très douloureuses depuis la puberté mais surtout depuis l'accouchement. Pertes blanches en dehors des règles.

L'opération a lieu, on trouve deux ovaires kystiques. On résèque les trois-quarts de chaque ovaire et on fixe l'utérus rétroversé par le procédé de Doléris.

Revue deux ans plus tard, M^{me} L... a eu un enfant depuis son opération. Les règles durent cinq jours. Elles sont redevenues légèrement douloureuses quatre mois après l'opération.

Résultat : bon.

OBSERVATION XI

M^{me} S..., âgée de 25 ans, réglée à 18 ans. Règles très irrégulières de quatre à six jours, très douloureuses obligeant la malade à s'aliter pendant toute la période menstruelle.

L'opération a lieu, on trouve un ovaire droit sclérokystique,

un ovaire gauche seulement scléreux. On fait une résection partielle de l'ovaire droit, le gauche est laissé en place.

Revue deux ans plus tard, pas d'enfant ni de fausse couche depuis l'opération ; les règles ne sont plus douloureuses, elles ne l'ont jamais été depuis l'opération. Elles durent six jours et sont très régulières.

Résultat : bon.

OBSERVATION XII

M^{me} F..., 26 ans, deux enfants, pas de fausse couche. Réglée à 15 ans. Règles régulières durant cinq à six jours, très douloureuses depuis le premier accouchement.

L'opération a lieu. On trouve un ovaire droit sclérokystique, un ovaire gauche seulement scléreux. L'utérus est rétroversé. On fixe l'utérus suivant la méthode de Dartigue, et on résèque partiellement l'ovaire droit.

Revue deux ans plus tard. Pas d'enfants ni de fausse couche depuis l'opération. Les règles sont très peu douloureuses, elles durent six jours et sont moins abondantes.

OBSERVATION XIII

M^{me} C..., 30 ans, réglée à 16 ans, quatre enfants, une fausse couche règles très irrégulières très douloureuses un mois sur deux ; migraines et palpitations de cœur très fréquentes.

Opération. On trouve deux ovaires sclérokystiques, la trompe gauche paraît malade. Castration unilatérale gauche, igniponcture de l'ovaire droit.

Revue deux ans plus tard, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, elles sont plus marquées qu'avant, persistent en dehors des règles, obligent la malade à garder le lit. Nous conseillons une deuxième opération.

Deuxième opération : nous trouvons des adhérences reliant le côlon pelvien à la cicatrice de l'ancienne annexectomie.

L'ovaire droit traité par igniponcture est à nouveau sclérokystique. Les kystes paraissent aussi nombreux que la première fois. Il existe des zones de sclérose autour des traces d'igniponcture. Nous faisons une hystérectomie subtotale.

Depuis, la malade ne souffre plus du bas-ventre mais se plaint de migraines continuelles, de bouffées de chaleur, de palpitations de cœur malgré un traitement régulier par extrait d'ovaire.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION XIV

M^{me} C..., 26 ans, réglée à 14 ans, un enfant. Toujours bien réglée jusqu'au moment de sa grossesse. Depuis son accouchement, les règles sont devenues douloureuses ; métrorragies en dehors des règles.

Opération. On trouve des adhérences vélamenteuses cloisonnant le petit bassin difficile à dégager surtout à droite. Utérus en rétroversion. Castration unilatérale droite. On fixe l'utérus rétroversé suivant la méthode de L'ovéris ; on fait des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue deux ans plus tard, les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération. La malade finit par s'aliter presque continuellement.

Deuxième opération : on trouve un utérus à nouveau rétroversé. L'ovaire gauche est volumineux et semble plus kystique que la première fois. On fait une hystérectomie subtotale.

Revue à nouveau deux ans plus tard, la malade ne souffre plus du bas-ventre, mais se plaint de bouffées de chaleur, de migraines malgré l'absorption d'extrait d'ovaire.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION XV

M^{me} D..., 22 ans, réglée à 14 ans, un enfant, une fausse couche. Règles régulières durant huit jours douloureuses depuis la puberté.

Opération. On trouve du côté droit un kyste de la grosseur d'une petite mandarine, un ovaire gauche sclérokystique. On fait une castration unilatérale droite et des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue deux ans plus tard : les règles ne sont plus douloureuses, moins abondantes mais très régulières.

Résultat : bon.

OBSERVATION XVI

M^{me} P..., 22 ans, réglée à 12 ans, deux enfants et une fausse couche. Règles très douloureuses, surtout depuis le deuxième accouchement. Pertes blanches très abondantes en dehors des règles.

Opération. On trouve un ovaire droit sclérokystique, un ovaire gauche paraissant sain. On fait des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue deux ans plus tard : pas d'enfant depuis l'opération mais une fausse couche de deux mois. Les règles sont redevenues douloureuses deux mois après l'opération, mais permettent cependant à la malade de travailler.

Résultat : passable.

RÉSECTIONS PARTIELLES AVEC GREFFES ÉPIPLOIQUES.

OBSERVATION I

M^{me} F..., 28 ans, réglée à 14 ans, trois enfants, une fausse couche ; règles régulières durant cinq à six jours, douloureuses surtout depuis le deuxième accouchement ; bouffées de chaleur et migraines.

Opération. On trouve deux ovaires sclérokystiques. On fait une résection subtotale avec greffe épiploïque.

Revue un an plus tard. Pas d'enfant ni de fausse couche depuis l'opération. Les règles sont redevenues douloureuses aus-

sitôt après l'opération, mais elles n'empêchent plus la malade de travailler. Les migraines et bouffées de chaleur ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION II

M^{me} B..., 28 ans, réglée à 14 ans, deux enfants et une fausse couche ; règles régulières durant sept à huit jours, douloureuses depuis la fausse couche. Pertes blanches en dehors des règles.

Opération. Les deux ovaires sont sclérokystiques. On fait une résection partielle des deux ovaires avec greffe épiploïque libre.

Revue un an plus tard, les règles ont été irrégulières pendant les deux mois qui ont suivi l'opération ; elles ont été douloureuses pendant cette période. Depuis, la malade ne souffre plus et les règles sont régulières.

Résultat : bon.

OBSERVATION III

M^{me} V..., 26 ans, réglée à 11 ans, deux enfants, deux fausses couches, a toujours été mal réglée, pertes pendant deux jours, règles très douloureuses l'obligeant à s'aliter surtout tous les deux mois. Métrorragies en dehors des règles ; migraines et palpitations de cœur.

L'opération a lieu ; on trouve deux ovaires sclérokystiques et l'utérus rétroversé. Hystéropexie suivant la méthode de Dartigues. Résection subtotale des deux ovaires avec greffe épiploïque libre.

Revue un an plus tard, la malade ne souffre plus depuis son opération. Les règles sont régulières durant six jours ; il n'y a plus de métrorragies. Les palpitations de cœur et les migraines ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION IV

M^{me} G..., 24 ans, réglée à 13 ans, pas d'enfant ni de fausse couche. Règles régulières durant cinq jours, très douloureuses depuis la puberté, obligeant depuis un an la malade à s'aliter. Migraines fréquentes.

L'opération a lieu. On trouve deux ovaires sclérokystiques, le gauche contient un kyste hématique. On fait une résection sub-totale des deux ovaires avec greffe épiploïque.

Depuis, les règles ne sont plus douloureuses ; elles durent trois jours.

Résultat : bon.

OBSERVATION V

M^{me} S..., 22 ans, réglée à 15 ans, pas d'enfant ni de fausse couche ; règles très douloureuses. Métrorragies en dehors des règles.

Opération. On trouve un gros kyste de l'ovaire gauche, un ovaire droit scléreux. Résection de l'ovaire gauche. L'ovaire droit est laissé en place.

Revue un an plus tard. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération ; cependant, ces douleurs vont en diminuant : les métrorragies ont disparu.

Résultat : passable.

OBSERVATION VI

M^{me} G..., 24 ans, réglée à 12 ans, pas d'enfant ni de fausse couche, règles très douloureuses durant cinq à six jours. Les douleurs ont augmenté surtout depuis le début de 1936.

Opération le 7 mai 1936. On trouve un ovaire droit contenant un gros kyste hématique, de nombreux kystes séreux. L'ovaire

gauche est très peu kystique ; on le laisse en place et l'on fait une résection subtotalaire de l'ovaire droit avec greffe épiploïque.

Revue le 31 janvier 1937. Les règles sont redevenues douloureuses un mois après l'opération, elles sont moins abondantes, elles permettent toutefois à la malade de travailler.

Résultat : passable.

OBSERVATION VII

M^{me} R..., 26 ans, réglée à 13 ans, un enfant, pas de fausse couche, règles très irrégulières durant deux jours, très douloureuses, surtout depuis l'accouchement.

Opération. On trouve un ovaire gauche contenant un gros kyste, un ovaire droit sclérokystique ; on fait une castration unilatérale gauche et une résection subtotalaire de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre.

Revue un an plus tard. Les règles ne sont plus douloureuses depuis l'opération, elles sont régulières et durent quatre jours.

Résultat : bon.

OBSERVATION VIII

M^{me} R..., 27 ans, réglée à 12 ans, trois enfants, une fausse couche. Règles régulières, douloureuses depuis le deuxième accouchement, obligeant la malade à s'aliter.

Opération. On trouve des annexes gauches malades, un ovaire droit sclérokystique. On fait une castration unilatérale gauche et une résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque.

Revue un an plus tard. Les règles sont très irrégulières depuis l'opération, mais elles ne sont plus douloureuses.

La malade a des bouffées de chaleur et des migraines.

Résultat : passable.

OBSERVATION IX

M^{me} C..., 27 ans, réglée à 15 ans, un enfant, une fausse couche. Règles régulières, légèrement douloureuses, métrorragies en dehors des règles, migraines fréquentes.

L'opération a lieu. On trouve deux ovaires à gros kystes, on les résèque tous les deux avec greffe épiploïque.

Revue six mois plus tard, M^{me} C... ne ressent plus aucune douleur au moment de ses règles ; celles-ci sont régulières, durent trois jours ; les métrorragies et les migraines ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION X

M^{me} C..., 25 ans, réglée à 11 ans, un enfant âgé de 6 ans, une fausse couche. Règles régulières, douloureuses un mois sur deux, métrorragies en dehors des règles.

Opération. On trouve un ovaire gauche sclérokystique, un ovaire droit scléreux ; on fait une résection partielle de l'ovaire gauche ; l'ovaire droit est laissé en place.

Revue sept mois plus tard. Les règles sont redevenues douloureuses aussitôt après l'opération, beaucoup plus qu'avant au dire de la malade ; des métrorragies persistent moins fréquentes cependant.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION XI

M^{me} L..., 18 ans, réglée à 14 ans, une fausse couche, règles très irrégulières, durant trois semaines, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter, surtout depuis la fausse couche. Bouffées de chaleur, migraines.

L'opération a lieu. On trouve deux ovaires sclérokystiques. On fait une résection partielle, bilatérale avec greffe épiploïque.

Revue un an plus tard. Les règles ne sont presque plus douloureuses ; elles sont devenues régulières et durent quatre jours.

Résultat : bon.

OBSERVATION XII

M^{me} C..., 23 ans, réglée à 13 ans, deux fausses couches, pas d'enfant. Règles régulières durant cinq jours, très douloureuses tous les deux mois. Pertes blanches en dehors des règles. Palpitations de cœur, bouffées de chaleur.

Opération. On trouve une double ovarite sclérokystique avec de gros kystes hématiques. On fait une résection subtotale des deux ovaires avec greffe épiploïque.

Revue un an plus tard. Les règles sont un peu moins douloureuses qu'avant l'opération. Elles le sont redevenues aussitôt après ; les pertes blanches sont toujours aussi abondantes.

Résultat : mauvais.

OBSERVATION XIII

M^{me} B..., 43 ans, réglée à 12 ans, un enfant, une fausse couche. Règles très irrégulières, très douloureuses, obligeant la malade à s'aliter. En juin 1936, la malade a eu des métrorragies très abondantes, durant trois semaines.

Opération en juillet 1936. On trouve un gros kyste de l'ovaire droit, un ovaire sclérokystique gauche. On fait une castration unilatérale droite et une résection subtotale de l'ovaire gauche avec greffe épiploïque.

Revue le 1^{er} février 1937, les règles sont moins douloureuses qu'avant l'opération, beaucoup moins abondantes, régulières. Les métrorragies ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION XIV

M^{me} E..., 22 ans, réglée à 16 ans, un enfant, pas de fausse couche, règles irrégulières, peu douloureuses, métrorragies très abondantes en dehors des règles.

Opération en juillet 1936. On trouve un ovaire gauche kystique avec trompe enflammée, un ovaire droit sclérokystique. Castration unilatérale gauche ; résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre.

Revue le 1^{er} février 1937. Les règles ne sont pas douloureuses depuis l'opération ; elles sont régulières, six jours par mois ; les métrorragies ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION XV

M^{me} F..., âgée de 20 ans, réglée à 11 ans, un enfant, pas de fausse couche, règles irrégulières, très douloureuses tous les deux mois et toujours abondantes. Migraines et palpitations de cœur.

L'opération a lieu. On trouve un ovaire droit très kystique, un ovaire gauche surtout scléreux. On fait une résection partielle de l'ovaire droit avec greffe épiploïque libre et des igniponctures dans l'ovaire gauche.

Revue six mois plus tard. La malade est très bien réglée depuis son opération ; les règles ne sont plus douloureuses ; les migraines et les bouffées de chaleur ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION XVI

M^{me} L..., 24 ans, réglée à 13 ans, un enfant, pas de fausse couche, règles très douloureuses, irrégulières, métrorragies en

dehors des règles. Bouffées de chaleur, migraines et palpitations de cœur.

Opération. On trouve deux ovaires sclérokystiques. On fait une résection subtotale avec greffe épiploïque.

Après l'opération, les règles sont devenues régulières, beaucoup moins douloureuses qu'avant. Les métrorragies, bouffées de chaleur et les migraines ont disparu.

Résultat : bon.

OBSERVATION XVII

M^{me} B..., 29 ans, réglée à 15 ans, règles peu douloureuses jusqu'à 22 ans, mais depuis cette époque elles obligent souvent la malade à s'aliter. Pertes jaunes en dehors des règles.

Opération. On trouve des adhérences vélamenteuses, ovaire et trompe droits malades, ovaire gauche sclérokystique, la trompe gauche est obturée. Castration unilatérale droite, résection partielle de l'ovaire gauche avec greffe épiploïque libre, ouverture du pavillon que l'on suture au catgut.

Revue un an plus tard. Les règles sont redevenues douloureuses deux mois après l'opération. Elles le sont beaucoup plus qu'avant, au dire de la malade. Celle-ci se plaint de migraines, de bouffées de chaleur, de palpitations de cœur.

Résultat : mauvais.

DISCUSSION

De l'étude des observations ci-dessus, nous pouvons tirer les remarques suivantes :

La rétroversion utérine est relativement peu fréquente.

Un grand nombre d'ovarites ont été aggravées par un accouchement ou un avortement.

Au cours de 46 observations, nous avons trouvé l'utérus rétroversé six fois donc 13 %. Ceci nous paraît faible pour faire de la rétroversion une cause d'ovarite.

Les accouchements et les avortements ont aggravé ou déclenché des crises douloureuses chez 19 de nos malades, donc 40 % des cas. L'infection post-partum semble bien jouer un rôle dans l'étiologie de l'ovarite, alors que les ovarites primitives auraient pour origine les infections vulvo-vaginales des petites filles.

Nous pouvons résumer le résultat de nos observations dans le tableau suivant :

	Bons	Passables	Mauvais
	—	—	—
Igniponctures	2	3	5
Résections simples	9	0	5
Résections avec greffes..	16	4	4
	—	—	—
Total	10	14	24

Donc : l'igniponcture a donné 50 % de mauvais résultats et 20 % de résultats satisfaisants.

La résection partielle sans greffe nous a donné 64 % de bons résultats. De plus, deux malades sont devenues enceintes. Cependant, nous avons encore 36 % de mauvais résultats.

La résection partielle avec greffe épiploïque nous a donné 67 % de bons résultats, 16 % de mauvais et 16 % de résultats passables.

Cependant, ces résultats ne sont pas complètement satisfaisants, puisque nous avons 32 % de résultats passables ou mauvais. Ce n'est donc pas encore l'opération idéale.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

A. L'igniponcture semble être inutile ; elle ne supprime pas toujours les douleurs et n'empêche pas les kystes de se reformer.

B. La résection partielle sans greffe épiploïque a donné des résultats, mais elle risque d'entraîner des foyers d'adhérences, donc de faire naître des douleurs fort pénibles.

C. La résection partielle avec greffe épiploïque donne 67 % de bons résultats. C'est une opération facile qui n'a pas de suites opératoires fâcheuses. Elle permet aux malades de devenir enceintes ; cependant, il reste 32 % de résultats incomplets.

D. La sympathectomie périhypogastrique avec résection du nerf présacré supprime la douleur mais ne peut faire disparaître les kystes.

Il semble que l'opération de choix soit basée sur :

La résection partielle avec greffe épiploïque, suivie dans certains cas de la sympathectomie périhypogastrique, et de la résection du nerf sacré.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais

un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
VILLEMIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1939
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. FERRADOU.

BIBLIOGRAPHIE

- Amenabar.** — « Résection partielle et réduction de la circulation ovarienne comme traitement de l'ovarite scléro-kystique » (*La Semaine méd.*, 5 juillet 1923).
- Barraud.** — *Traitement des métrorragies de l'ovarite scléro-kystique* (Thèse de Bordeaux 1903).
- Bouilly.** — « Notes sur l'ovarite scléro-kystique » (*La Gynécologie*, Paris, 1900).
- Boursier.** — « Des opérations conservatrices dans l'ovarite scléro-kystique » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1903).
- Catalano.** — « La eccezionale gravità di un caso quassilenziosa di ovarite sclerocistica » (*Gaz. méd. Napolit.*, 1922).
- Courty.** — « La sympathectomie péri-hypogastrique dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique » (*J. des Soc. méd. de Lille*, 11 juillet 1926).
- Cotte.** — « Dégénérescence scléro-kystique donnant lieu à des métrorragies » (*Soc. de Chir. de Lyon*, 28 juin 1923: *Lyon chirurgical*, mars et avril 1925).
- Dalche et Fouquet.** — *La Gynécologie*, septembre 1925.
- Dalche.** — Thèse de Paris, 1881.
- Dupont (R.).** — *Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique* (Thèse de Paris, 1909).
- Faure (J.-L.) et Siredey.** — *Traité de gynécologie*, 1910.
- Forgue et Massabau.** — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier et février 1910.
- Forgue.** — *Pathologie externe*, Paris.
- Fraikin.** — *L'ovarite scléro-kystique* (Thèse de Bordeaux, 1899).
- Jean Dalsace.** — *Société de biologie*.
- Gallard.** — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873.
- Gonzette.** — *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes* (Thèse de Paris, 1890).

- Guinier.** — *Pathogénie de l'ovarite sclérokystique* (Thèse de Paris, 1912).
- Gross.** — « Sur les hémorragies utérines dans la dégénérescence sclérokystique des ovaires » (*Revue méd. de Metz*, 1900).
- Heller.** — « Traitement des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant la grossesse et l'accouchement » (*Bull. Soc. d'Obstétr. et Gynéc.*, 1926).
- Jeanneney.** — *Progrès médical de Bordeaux*.
- Leroy.** — *Contribution à l'étude de l'ovariotomie incomplète* (Thèse de Paris, 1881).
- Lemos (De).** — « Tratamentos dos ovarites e falsas ovarites esclerokysticas » (*Arch. Brasil de Méd. Rio de Janeiro*, 1923).
- Lucas-Championnière (J.-L.).** — *Ovarites, salpingites, adhérences*, Paris, 1889. (
- Mallet-Guy.** — « Ovarite sclérokystique » (*Lyon méd.*, 1922).
- Petit (Paul).** — « Ovarite et kyste de l'ovaire » (*Nouvelles Archives de Gynécologie*).
- Roux.** — « Les névromes sympathiques dans l'ovarite sclérokystique » (*Acad. de Méd.*, 16 mars 1926).
- Roux et Brignoles.** — *La Gynécologie*, septembre 1909.
- Rouville (M.-G. de) et Mocquot (P.).** — *Rapport du Congrès de Chirurgie*, Paris, 4 et 9 octobre 1926.
- Siredey.** — *Hygiène des maladies des femmes*, Paris.
- Neuf agrégés.** — *Traité de pathologie externe*, Paris.
- Vanverts.** — « Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes » (*Echo méd. du Nord*, octobre 1926).
- Violet.** — « Ovarites kystiques » (*Soc. nat. de Méd. et des Soc. Méd. de Lyon*, 17 janvier 1923).
- Villemin (F.).** — Thèse Lyon, 1908-1909.

